



Assimetria mamária: revisão da literatura e nova proposta de classificação clínica

Breast asymmetry: literature review and a new proposal for clinical classification

GLADSTONE EUSTÁQUIO DE LIMA
FARIA ^{1*} 
DOV CHARLES GOLDENBERG ² 
RICARDO FROTA BOGGIO ³ 

■ RESUMO

A assimetria mamária é um diagnóstico prevalente com diversas modalidades cirúrgicas para seu tratamento. O correto diagnóstico, levando-se em conta os sistemas de classificação existentes é imperativo para que os melhores resultados sejam alcançados. Através de revisão da literatura foram levantadas as principais e mais aceitas propostas de classificação e tratamento das assimetrias mamárias. Estas classificações disponíveis datam da década de 60 e 70 e carecem de atualização para o contexto clínico atual. Após ampla revisão da literatura foi proposta uma classificação mais simplificada e reprodutível, levando-se em conta as assimetrias mais frequentes nos consultórios de cirurgia plástica estética, com seus respectivos guias de tratamento. Cinco grupos foram criados: 1 - mamas hipotróficas com assimetria de volume; 2 - hipotrofia com assimetria de volume e contorno; 3 - mamas normotróficas, ptóticas e sem desejo de aumento do volume; 4 - mamas normotróficas, ptóticas e com desejo de aumento do volume final; 5 - mamas assimétricas e hipertróficas. Baseado nos achados clínicos, foi criado um algoritmo de tratamento para cada subtipo de assimetria, incluindo neste arsenal, próteses mamárias de volumes diferentes, mastopexias, mamoplastia redutoras, além da lipoenxertia. Importante ressaltar que a assimetria mamária é a regra e não a exceção, entretanto, é motivo de insatisfação das pacientes e um desafio para o cirurgião plástico.

Descritores: Mama; Elastômeros de silicone; Implante mamário; Mamoplastia; Classificação.

Instituição: Clínica Privada, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido: 24/7/2019.

Artigo aceito: 29/2/2020.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0060

¹ Clínica Privada, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP Brasil.

³ Instituto Boggio, São Paulo, SP, Brasil

■ ABSTRACT

Breast asymmetry is a prevalent diagnosis that has several surgical modalities for its treatment. The correct diagnosis, taking into account the existing classification systems, is imperative for achieving the best results. The leading and most accepted proposals for the classification and treatment of breast asymmetries were raised through the literature review. These available classifications date from the 60s and 70s and need to be updated to the current clinical context. A more simplified and reproducible classification was proposed after a comprehensive literature review, considering the most frequent asymmetries in aesthetic plastic surgery offices, with their respective treatment guides. Five groups were created: 1 - hypotrophic breasts with volume asymmetry; 2 - hypotrophy with volume and contour asymmetry; 3 - normotrophic, ptotic breasts and with no desire to increase the volume; 4 - normotrophic, ptotic breasts and with a desire to increase the final volume; 5 - asymmetric and hypertrophic breasts. Based on the clinical findings, a treatment algorithm was created for each subtype of asymmetry, including in this arsenal, breast implants of different volumes, mastopexies, reduction mammoplasty, and fat grafting. It is important to emphasize that breast asymmetry is the rule and not the exception, therefore, it is a reason for patient dissatisfaction and a challenge for the plastic surgeon.

Keywords: Breast; Silicone elastomers; Breast implant; Mammoplasty; Classification.

INTRODUÇÃO

As mamas, além do seu papel na fisiologia da lactação e amamentação, relacionam-se à feminilidade, sensualidade e autoestima. Variações da normalidade, em forma, volume ou posição afetam psicologicamente as mulheres e são importante causa de procura nos consultórios de cirurgia plástica¹.

O reconhecimento da importância da assimetria mamária data de 1968, onde o autor descreve as modalidades de tratamento cirúrgico². O interesse por criar uma classificação foi crescente e, em 1976, Elsayh², propôs uma classificação morfológica das assimetrias mamárias, com o objetivo de facilitar o planejamento pré-operatório. Mais tarde, Vandebussche, em 1984³, subdividiu-as quanto à etiologia em quatro tipos (1 - congênita, 2 - primária, 3 - secundária e 4 - terciária), concluindo a assimetria do tipo 2 como a mais frequente². Outro grupo, no ano de 2006, analisou 177 pacientes com assimetrias mamárias para propor uma classificação e seu respectivo tratamento⁴.

Esses trabalhos contribuíram para o entendimento das assimetrias mamárias e seu tratamento, porém uma atualização mais simplificada e reprodutível para a prática clínica, agregada às novas modalidades terapêuticas disponíveis, é uma necessidade médica

ainda não atendida. Anomalias grosseiras, como a síndrome de Poland são muito discutidas, mas há evidente necessidade de pormenorizar o tipo 2 de Vandebussche³, não somente pela incidência, mas também por ser o subtipo que mais remete ao caráter estético das referidas anormalidades. Outro marco importante a ser considerado foi a consagração da lipoenxertia dentro do arsenal terapêutico das cirurgias mamárias, que teve sua fase de condenação, mas é amplamente aceita na atualidade, tanto nas cirurgias reconstrutivas quanto estéticas⁵.

OBJETIVO

O presente trabalho propõe uma classificação prática e simplificada das assimetrias mamárias de maior incidência nos consultórios de cirurgia plástica, e com um diagnóstico mais preciso propõe nortear o tratamento cirúrgico.

MÉTODOS

Realizada busca textual no PubMed com os termos “*breast*” e “*asymmetry*” e foram considerados elegíveis os artigos que tinham a proposta de classificar as assimetrias mamárias. Foram incluídos ainda os

artigos que tratavam do assunto assimetria mesmo não propondo uma classificação. Após conflitar as informações colhidas de classificação e tratamento, procurou-se fazer uma classificação mais simplificada e reprodutível na prática clínica, levando-se em conta, nesta nova classificação, o possível interesse da paciente quanto ao volume final das mamas e a incorporação da lipoenxertia como arsenal terapêutico. As assimetrias de caixa torácica, como descritas na classificação de Vandebussche, em 1984³, apesar de elevada relevância e limitações para melhores resultados na correção das assimetrias mamárias não foram incluídas na nova proposta de classificação, uma vez que em sua maioria não são abordadas pelos cirurgiões plásticos.

RESULTADOS

Na Quadro 1, observamos os principais autores com sua respectiva proposta de classificação.

Quadro 1. Classificações disponíveis na literatura para assimetria mamária.

Hueston (1968) ¹ (revisão)	1 - Aplasia unilateral; 2- Hipoplasia unilateral; 3-Hipertrofia; 4- Destruição do complex areolopapilar (CAP); 5-Mastectomia.
Elsahy (1976) ²	1-Hipertrofia unilateral; 2-Hipotrofia unilateral ; 3-Hipo e hipertrofia. 4-Hipertrofia bilateral; 5-Hipotrofia bilateral.
Vandebussche (1984) ³ (150 pacientes)	1-Congênita; 2-Primária; 3-Secundária; 4-Terciária.
Araco et al. (2006) ⁴ (177 pacientes)	1- Hipertrofia bilateral (n=30); 2- Hipertrofia, normotrofia (n=15); 3- Hipertrofia com amastia ou hipoplasia (n=10); 4- Amastia ou hipoplasia, normal contralateral (n=5); 5- Hipoplasia bilateral (n=81); 6- Ptose unilateral (n=36).

Na classificação proposta neste trabalho (Figura 1), o primeiro grupo apresenta mamas hipotróficas com assimetria de volume (tipo 1), o segundo grupo apresenta assimetria de volume e forma em mamas hipotróficas (tipo 2). As mamas

normotróficas estão incluídas nos tipos 3 e 4, apresentam ptose mamária e foram subdivididas naquelas que desejam manter o volume (tipo 3) e naquelas com desejo de aumento volumétrico (tipo 4). E, finalmente, as mamas hipertrólicas assimétricas no tipo 5.

Tipo 1	Mamas hipotróficas com assimetria de volume	
Tipo 2	Mamas hipotróficas com assimetria de volume e contorno	
Tipo 3	Mamas normotróficas, com ptose, sem desejo de aumento volumétrico	
Tipo 4	Mamas normotróficas, com ptose, e desejo de aumento volumétrico	
Tipo 5	Mamas assimétricas hipertrólicas	

Figura 1. Proposta de classificação simplificada para assimetrias mamárias.

Após a classificação descrita na Figura 1 e baseando-se nos tratamentos preconizados pela literatura médica, foi criado e utilizado o protocolo de planejamento cirúrgico para a decisão terapêutica conforme a Figura 2.



Figura 2. Protocolo de planejamento cirúrgico para correção das assimetrias mamárias.

No tipo 1, as mamas são hipotróficas e mantém contorno semelhante. A simples colocação de próteses de volumes diferentes é suficiente. Atenção especial deve ser dada na mensuração do volume mamário e estimativa de qual diferença de volume e/ou perfil utilizar. Na maior parte das vezes a experiência

do cirurgião associado ou não ao uso de moldes é suficiente. Técnicas que utilizam a lei de Arquimedes para mensuração de volume acabam sendo de difícil aplicabilidade clínica⁶ e softwares de escaneamento tridimensional ainda estão pouco acessíveis à maioria dos cirurgiões.

No tipo 2, a simples colocação de implantes diferentes não é suficiente. Algumas áreas da mama, após a colocação das próteses, merecem análise minuciosa com a maca em posição de cabeceira elevada e as áreas para lipoenxertia demarcadas. Nesta situação podemos ter déficit volumétrico em qualquer um dos polos mamários ou em toda a mama. A técnica de preparo da gordura vai desde a simples decantação⁷ até a técnica de Coleman (1995)⁸ e a infiltração da gordura realizada com cânulas de 1.8mm no plano subcutâneo e intramamário^{4,8}.

No tipo 3, a paciente apresenta ptose e se mostra satisfeita com o volume das mamas e/ou não deseja o uso de implantes. Neste caso, realiza-se a mastopexia simples, com a técnica de experiência individual do cirurgião, ressecando-se o parênquima mamário da maior mama de maneira suficiente para a simetrização volumétrica^{9,10}.

O tipo 4 também apresenta ptose e se difere do tipo 3 apenas pelo desejo da paciente em aumento de volume final e, por isso, lança-se mão dos implantes mamários durante a mastopexia. Prioriza-se implantes idênticos e a simetrização é feita através da manipulação do parênquima mamário. Neste grupo, refinamentos com lipoenxertia também podem ser de grande valia.

No tipo 5 há assimetria com evidente hipertrofia mamária e, neste caso, há indicação de simetrização através da mamoplastia redutora com técnicas reconhecidas^{10,11} como Pitanguy, em 1967¹² e Silveira Neto, em 1976¹³.

RESULTADOS

Na Figura 3A observa-se uma assimetria mamária do tipo 1, cujo tratamento foi realizado com prótese de mama (plano subfascial) texturizada Mentor 300ml à direita e 275ml à esquerda, ambas de perfil alto.

Na Figura 3B temos uma assimetria de volume e de contorno, configurando o tipo 2. À esquerda demonstra-se a marcação cirúrgica e a área de lipoaspiração em região das axilas. Neste caso, as próteses (plano subfascial) utilizadas foram bastante diferentes: texturizada Silimed 230ml modelo alto à direita e 305ml extra alto à esquerda, além de lipoenxertia global à esquerda e em polo medial à direita. Em detalhes a marcação cirúrgica e área de lipoaspiração.

Na Figura 3C nota-se outro exemplo de assimetria do tipo 2, porém a assimetria predominava em contorno e sulco. Neste caso optou-se por manter próteses iguais texturizadas, 330ml extra alto Silimed

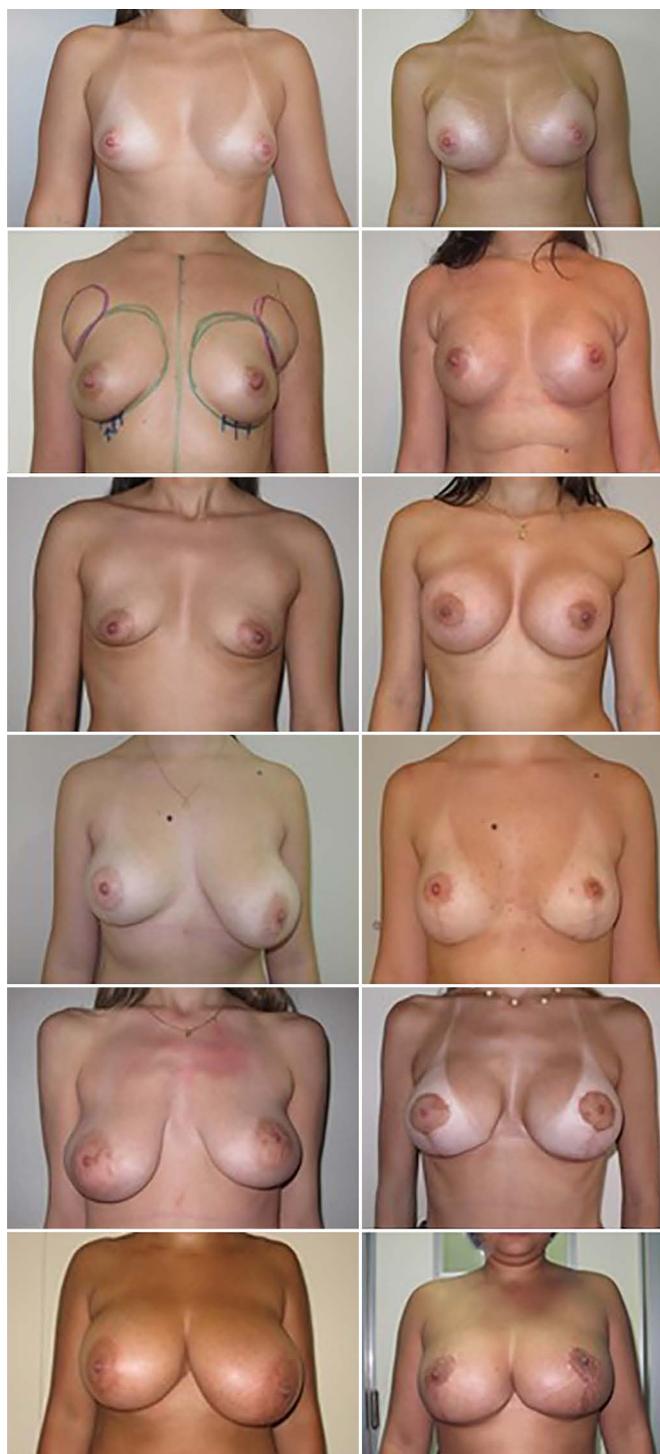


Figura 3. Casos clínicos de assimetria mamária com sua classificação e tratamento cirúrgico.

(plano subfascial), abaixamento do sulco mamário e lipoenxertia de polos inferiores de ambas mamas.

Na Figura 3D tem-se um caso de assimetria do tipo 3, onde há ptose mamária e desejo da paciente em manter o volume da mama menor. Realizado mastopexia com técnica de Pigossi, cicatriz resultante em T invertido.

Em outro caso de assimetria tipo 4 (Figura 3E), a paciente apresenta ptose, porém deseja aumento do volume das mamas. Indicado mastopexia com prótese, marcação proposta por Pitanguy 1967¹², com utilização de prótese de 200ml no plano subglandular.

Finalmente um caso de assimetria mamária tipo 5 (Figura 3F), no qual há franca hipertrofia mamária com mamas densas e ptóticas. Optou-se pela técnica de mamoplastia redutora com pedículo superomedial, técnica de Silveira Neto (1976)¹³.

DISCUSSÃO

Por se tratar de patologia frequente e de importância ímpar na autoestima e bem-estar das mulheres, a assimetria mamária é motivo de grande procura em consultórios de cirurgia plástica. O respeito a essa patologia inicia-se por adequada avaliação clínica da paciente, em todos seus aspectos como: volume, contorno, consistência e presença de ptose. A criação de sistemas de classificação facilita a linguagem entre especialistas e protocolos norteiam as formas de tratamento.

Obviamente cada paciente é singular e deve ser avaliada individualmente, uma vez que a assimetria mamária é considerada a regra e não a exceção. Vários estudos de morfometria procuraram estabelecer pontos fixos para melhor avaliação das mamas, porém apresentaram limitações tanto *in vivo*, quanto através de fotografias, pois se tratavam de medidas lineares¹⁴. Apesar destas limitações, vários desses parâmetros ainda têm sido utilizados desde a sua publicação, em 1986, como distância entre a fúrcula esternal e a papila, e a distância entre a papila e o sulco mamário¹⁵. A simetria mamária perfeita, ainda segundo os estudos de morfometria, é algo praticamente inexistente no pré ou pós-operatório, porém se trata de uma realidade e não uma distorção da autoimagem da paciente, merecendo, portanto, seu devido respeito. Brown et al., em 1999¹⁶, demonstraram que o achado de assimetria é mais frequentemente relatado nas pacientes que procuram por mamoplastia redutora em comparação às pacientes que procuram por mamoplastia de aumento.

Classificações favorecem diagnósticos mais certos e, quando associados aos protocolos de tratamento, minimizam as chances de erros por condutas inapropriadas. Exemplo disso é a elevada incidência de assimetria mamária pós-operatória demonstrada em estudo retrospectivo pós-cirurgia de mamoplastia de aumento, concluindo-se que sistematizações pré-operatórias são importantes para minimizar os erros de conduta¹⁷.

O trabalho de Stark, em 1991¹⁸, demonstra como classificações traduzem uma linguagem universal entre

cirurgiões. Sua análise pré-operatória foi feita baseada nas classificações de Elshahy (1976)² e Vandebussche (1984)³ e o objetivo do trabalho foi propor uma avaliação objetiva das mamas assimétricas no pós-operatório através de medidas padronizadas¹⁸. A classificação de Vandebussche (1984)³ leva em consideração apenas a etiologia da assimetria (congenita, primária, secundária ou terciária) o que é de grande valia para as cirurgias reconstrutivas, mas um tanto quanto limitada para a condução de casos estéticos, uma vez que a grande maioria se enquadraria nas etiologias congênitas e primárias. A classificação de Elshahy (1976)², ao contrário, avalia de forma pormenorizada as assimetrias mamárias do ponto de vista clínico e morfológico, subdividindo-as em 5 grupos principais. Sua limitação está na complexidade da análise, com múltiplas associações possíveis envolvendo o trofismo mamário, além de não avaliar o desejo da paciente em relação à mudança do seu volume mamário.

Araco et al., em 2006⁴, constataram a evidente necessidade de uma nova classificação e baseando-se em sua casuística de 177 pacientes, subdividiu as assimetrias em 6 categorias e propôs o respectivo tratamento a cada uma delas. No trabalho, no entanto, não há menção à lipoenxertia em seu algoritmo de tratamento como valiosa terapia adjuvante e não cita o atual e relevante desejo da paciente quanto ao volume final das mamas consideradas normotróficas⁴. Enfatizando a necessidade de tais classificações para uma melhor compreensão, análise clínica e comunicação entre os profissionais, Roxo et al., em 2009¹⁹, propuseram uma classificação e tratamento de mamoplastias, porém a classificação se limita a pacientes pós-perda ponderal maciça.

Uma linguagem padronizada, indubitavelmente, facilita a discussão de casos e a troca de experiências, norteando a conduta dos menos experientes, além de tornar mais claro o diálogo com a paciente na consulta médica pré-operatória.

CONCLUSÃO

A ampla revisão da literatura permitiu a criação de uma classificação mais simples e reprodutível das assimetrias mamárias e aos protocolos de tratamento já estabelecidos foram acrescidas, neste trabalho, a lipoenxertia como adjuvante no tratamento das assimetrias, bem como o desejo da paciente quanto ao volume final de suas mamas.

COLABORAÇÃO

GELF

Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação - Preparação do original

DCG Revisão e Edição

RFB Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

- Hueston JT. Surgical correction of breast asymmetry. *Aust NZJ Surg.* 1968 Nov;38(2):1121-16.
- Elsahy NI. Correction of asymmetries of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 1976 Jun;57(6):700-3.
- Vandenbussche F. Asymmetries of the breast: a classification system. *Aesthetic Plast Surg.* 1984;8(1):27-36.
- Araco A, Gravante G, Araco F, Gentile P, Castrí F, Delogu D, et al. Breast asymmetries: a brief review and our experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2006 Mai/Jun;30(3):309-19.
- Illouz YG, Sterodimas A. Autologous fat transplantation to the breast: a personal technique with 25 years of experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2009 Set;33(5):706-15.
- Stark B, Olivari N. Breast asymmetry: an objective analysis of postoperative results. *Eur J Plast Surg.* 1991;14:173-6.
- Tezel E, Numanoglu A. Practical do-it-yourself device for accurate volume measurement of breast. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Mar;105(3):1019-23.
- Coleman SR. Long-term survival of fat transplants: controlled demonstrations. *Aesthetic Plast Surg.* 1995 Set/Oct;19(5):421-5.
- Sakai RL, Tavares LC, Soares RA, Oliveira IN, Komatsu CA, Faiwchow L. Mastoplastia de aumento em mamas assimétricas: implantes de silicone + lipoenxertia. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(3 Supl 1):1-103.
- Pigossi N, Andrade A, Calange H. Mamoplastia estética e funcional - experiência de 25 anos. *Arq Catar Med.* 1994;23:19-22.
- Ariè G. Nova técnica em mamoplastia. *Rev Lat Amer Cir Plást.* 1975;3:28.
- Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967;20(1):78-85.
- Silveira Neto E. Mastoplastia redutora setorial com pedículo areolar interno. In: *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica e I Congresso Brasileiro de Cirurgia Estética; Abr 1976, Porto Alegre, RS, Brasil. Porto Alegre (RS): SBCP; 1976.*
- Quieregatto PR, Hochman B, Furtado F, Ferrara SF, Machado SF, Sabino Neto M. Photographs for anthropometric measurements of the breast region. Are there limitations?. *Acta Cir Bras.* 2015;30(7):509-16.
- Smith Junior DJ, Palin Junior WE, Katch VL, Bennet JE. Breast volume and anthropomorphic measurements: normal values. *Plast Reconstr Surg.* 1986 Set;78(3):331-5.
- Brown TP, Ringrose C, Hyland RE, Cole AA, Brotherston TM. A method of assessing female breast morphometry and its clinical application. *Br J Plast Surg.* 1999 Jul;52(5):355-9.
- Rohrich RJ, Hartley W, Brown S. Incidence of breast and chest wall asymmetry in breast augmentation: a retrospective analysis of 100 patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Apr;111(4):1513-9;discussion:1520-3.
- Stark B, Olivari N. Breast asymmetry: an objective analysis of postoperative results. *Eur J Plast Surg.* 1991;14(4):173-6.
- Roxo CDP, Rodrigues EW, Roxo ACW, Aguiar EBP. Classificação e abordagem de mamas pós-grandes perdas ponderais. *Rev Bras Cir Plást.* 2009 Jul/Set;24(3):310-4.

*Autor correspondente:

Gladstone Eustáquio de Lima Faria

Rua Alves Guimaráes, 462, Sala 31, São Paulo, SP, Brasil.

CEP: 05410-000

E-mail: gladstonefaria@hotmail.com